

Folkehelse

– fra plan til praksis

En kunnskapsoppsummering knyttet til
operasjonalisering av vedtatte folkehelseplaner



Hans Donali Tilset, Gudveig Gjørund
og Gunhild Foss Heggem

NTNU Samfunnsforskning

Juni 2015



Samfunnsforskning

Studio Apertura

Postadresse: 7491 Trondheim
Besøksadresse: Dragvoll Allé 38B,

Telefon: 73 59 63 00
Telefaks: 73 59 62 24
E-post: kontakt@samfunn.ntnu.no
Web.: www.samforsk.no

Foretaksnr. NO 986 243 836

RAPPORT

TITTEL

Folkehelse – fra plan til praksis

En kunnskapsoppsummering knyttet til operasjonalisering av vedtatte folkehelseplaner.

FORFATTERE

Hans Donali Tilset, Gudveig Gjørund,
Gunhild Foss Heggem

OPPDRAKSGIVER

Helsedirektoratet

GRADERING

Åpen

OPPDRAKSGIVERS REF.

Monica Fleisje

ISBN

978-82-7570-411-3

PROSJEKTNR.

2604

ANTALL SIDER OG BILAG

22

DATO

05.06.2015

PROSJEKTLEDER

Hans Donali Tilset

KVALITETSSIKRET AV

Tonje C Osmundsen

SAMMENDRAG

Denne rapporten er en kunnskapsoppsummering knyttet til hvordan operasjonalisering av vedtatte folkehelsemål skjer. Dette arbeidet starter når kommunale planer med overordnede folkehelsemål er vedtatt. I den fasen skal de vedtatte folkehelseplanene operasjonaliseres med utarbeidelse av sektorvise delmål, etablering av felles forståelse samt avklaring av aktører, roller og ansvar. Dette arbeidet må være på plass før det konkrete arbeidet med gjennomføring starter. Denne kunnskapsoppsummeringen avgrensnes til fasen med operasjonalisering og tar ikke for seg det praktiske arbeidet med realiseringen av folkehelsemålene. Det er svært lite som er dokumentert og beskrevet mht. de prosessene som inngår i denne fasen. Konklusjonen til kunnskapsoppsummeringen er at det finnes en del som dekker de kommunale planprosessene, og det finnes litt som beskriver samarbeidsutfordringene i realiseringsarbeidet, men svært lite som dekker utfordringene i operasjonaliseringen når arbeidet med tverrsektorielt samarbeid skal planlegges og tilrettelegges.

STIKKORD

Folkehelse, planer, operasjonalisering

FORORD

Denne kunnskapsoppsummeringen er tilknyttet en rapport som Sør-Trøndelag fylkeskommune skal utarbeide om hvordan kommunene i fylket arbeider med oppfølging av overordnede folkehelsemål i økonomi- og virksomhetsplaner. Kunnskapsoppsummeringen skal ha fokus på arbeid med realisering av de vedtatte folkehelsemålene. Den tar ikke for seg den kommunale planprosessen som leder fram mot målene.

Det er lite som er skrevet og dokumentert når det gjelder operasjonalisering av vedtatte folkehelsemål. Noen kilder berører området overfladisk og viser til at det er viktig at planene blir realisert. Andre kilder er litt mer konkrete og nevner eksempler på sentrale forutsetninger som må være på plass (*konkrete mål, medvirkning, samarbeid etc.*)

Ved realisering av folkehelsemål vil nok kommunen møte tilsvarende utfordringer som andre virksomheter som skal endre seg og realisere tverrsektorielt samarbeid. Det antas derfor at de delene av organisasjonsteorien som omhandler disse utfordringene vil være vel anvendbare når kommunen skal realisere sine tverrsektorielle mål.

Trondheim, juni 2015

NTNU Samfunnsforskning, Studio Apertura

Hans Donali Tilset

Prosjektleder

INNHold

FORORD	v
INNHold.....	vii
1 Innledning.....	1
1.1 Avgrensninger	1
1.2 Om operasjonalisering av planer.....	2
1.3 Folkehelsearbeid	3
1.3.1 Lov om folkehelsearbeid	3
1.3.2 Folkehelsearbeidet er sektorovergripende	4
2 Gjennomføring	5
2.1 Metode.....	5
3 Grunnlag.....	6
3.1 Folkehelsearbeidet går på tvers av kommunale sektorer	6
3.2 Arbeid i internasjonale fora.....	6
3.2.1 Alma-Ata erklæringen	7
3.2.2 Ottawa-charteret.....	7
3.2.3 Health in all policies.....	8
3.2.4 Adelaide-erklæringen	8
3.2.5 Helse 2020.....	8
3.2.6 Trondheimserklæringen	8
4 Health in all policies.....	9
4.1 De nordiske landene og Norge	10
4.2 Forskning i de nordiske landene og Norge	11

5	Norske kilder	12
5.1	Hdir: Moment- og tipsliste	12
5.2	Veileder i kommunal planstrategi	13
5.3	Folkehelsemeldingen (Meld.ST.34 2012-2013)	13
5.4	Kommuneplanens handlingsdel	13
5.5	Erfaringer ute i kommunene	14
5.5.1	Kommunetorget.no	14
5.5.2	Innherred samkommune	14
5.6	Regional folkehelseplan for Sør-Trøndelag	14
5.7	Norske kilder - Oppsummert	15
6	Om realisering av sektorovergripende mål	15
6.1	Folkehelse og NPM	15
6.2	Organisatoriske utfordringer	16
6.3	Realisering krever felles innsats	17
6.4	Politikernes rolle.....	18
6.5	Gjennomføring i praksis	18
7	Oppsummering.....	18
8	Referanser	20

1 Innledning

Helsedirektoratet har tildelt Sør-Trøndelag Fylkeskommune et prosjekt for å *Utvikle erfaringer på områdene "oppfølging av overordnede folkehelse mål i økonomi- og virksomhetsplaner"*. Her skal fylkeskommunen arbeide sammen med utvalgte kommuner i fylket for å samle erfaring med hvordan kommunene arbeider ved omsetting av overordnede mål i planstrategien til forpliktende prioriteringer i økonomi- og virksomhetsplaner. Altså hvordan en kommer fra planer til reell handling. Ut fra de erfaringene som er gjort skal det beskrives hva som ser ut til å være effektive modeller for implementering av folkehelsearbeid.

Fylkeskommunenes prosjekt og samarbeidet med de utvalgte kommunene skal følges av en følgeevaluering som skal dokumentere erfaringer og lærdommer fra denne type arbeid. Helsedirektoratet har tildelt NTNU Samfunnsforskning oppdraget med å gjennomføre denne følgeevalueringen. Følgeevalueringen gjennomføres som aksjonsforskning i tett samarbeid med prosjektet til Sør-Trøndelag fylkeskommune.

Som en del av oppdraget skal det utarbeides en kunnskapsoppsummering på området. Opprinnelig bestilling fra Helsedirektoratet var at kunnskapsoppsummeringen skulle leveres på et tidlig tidspunkt og inngå som grunnlag for fylkeskommunenes arbeid. Som det vil fremgå i dette dokumentet er det svært lite kunnskapsgrunnlag som dekker den delen av folkehelsearbeidet som omhandler operasjonalisering av tverrsektorielle mål. Den foreliggende kunnskapsoppsummeringen ble derfor først distribueres som en foreløpig utgave. I samarbeid med fylkeskommunen ble det underveis i deres prosjekt utviklet en bedre forståelse for hvilke utfordringer kommunene møter i denne fasen. Dette er blitt innarbeidet i denne kunnskapsoppsummering.

1.1 Avgrensninger

Ifølge oppdragsbeskrivelsen fra helsedirektoratet *"[...] skal det samles og oppsummeres foreliggende kunnskap, nasjonal og internasjonal, om arbeid med folkehelse i plan. Det skal legges vekt på kunnskap om modeller, verktøy og maler i mål- og planarbeid."*

Med bakgrunn i at oppdraget til Sør-Trøndelag Fylkeskommune omhandler *"oppfølging av overordnede folkehelse mål i økonomi- og virksomhetsplaner"* vil kunnskapsoppsummeringen konsentrere seg om akkurat den delen av planarbeidet.

Kunnskapsoppsummeringen vil ta for seg hva som finnes av kunnskap knyttet til det å overføre overordnede folkehelsemål til konkrete sektorvise delmål med tilhørende forankring og forpliktelse hos sektorledere i kommunen.

I arbeidet med kunnskapsoppsummeringen er det vektlagt at den skal være et grunnlag for kommunenes arbeid med realisering av folkehelsemål. Den utgjør derfor et underlagsdokument for den rapporten Sør-Trøndelag Fylkeskommune skal utarbeide.

Kunnskapsoppsummeringen skal omhandle hvordan kommunene arbeider med realisering av overordnede folkehelsemål. Det vil si den delen av arbeidet som starter når målene er konkretisert og formulert i kommuneplanens handlingsdel. Den skal ikke ta for seg den kommunale planprosessen som ligger forut, men ha fokus på prosessen med å få planene realisert.

1.2 Om operasjonlisering av planer

Den kommunale planprosessen resulterer i beskrivelse av mål som skal realiseres, og i handlingsdelen er det knyttet ressurser til de målene som skal gjennomføres i neste periode. Planprosessen handler altså om en beskrivelse av *hva* som skal gjennomføres. Vanligvis er målene knyttet til spesifikke sektorer, og det blir da den aktuelle sektorleder som får ansvaret for å operasjonlisere disse målene, dvs. avklare *hvordan* målene skal nås, for deretter å iverksette tiltakene.

For folkehelsemål, som ofte er sektorovergripende, er det ikke gitt hvordan operasjonliseringen skal gjennomføres. I en slik situasjon er operasjonliseringen en prosess som går forut for fordeling av sektorspesifikke delmål. Figuren nedenfor illustrerer de tre hovedprosessene i sektorovergripende folkehelsearbeid.



Figur 1: Ved sektorovergripende folkehelsearbeid er operasjonlisering en nødvendig forutsetning før samordnede tiltak kan iverksettes

Operasjonalisering omfatter bla. *avklaring av aktører, roller og ansvar, etablering av felles forståelse og samarbeidsprosedyrer, samt utarbeidelse av detaljplaner* ('slik gjør vi det'). I operasjonaliseringen inngår også en avklaring av prosedyrer og arenaer for koordinering og samarbeid underveis i gjennomføringsfasen.

Kunnskapsoppsummeringen er altså avgrenset til operasjonaliseringen slik vist i figuren over, og utfordringer knyttet til den praktiske gjennomføringen av folkehelseiltakene omfattes ikke.

I arbeidet med kunnskapsoversikten har vi funnet flere kilder som omhandler selve planprosessen og hvordan folkehelse inngår i dette arbeidet. Kilder som håndterer selve operasjonaliseringen av sektorovergrepene er vanskelig å finne.

Utfordringene ved realisering av folkehelsemålene handler mye om strukturelle hindringer knyttet til samarbeid mellom adskilte organisatoriske enheter og til organisatoriske utfordringer som for eksempel *involvering, samhandling* og *endringsmotstand*. Hvis en betrakter disse temaene fristilt fra realisering av folkehelsemål handler dette om kjente problemstillinger fra organisasjonsteorien og kunnskapstilfanget er stort. I denne kunnskapsoppsummeringen har vi ikke gått videre i den retningen.

1.3 Folkehelsearbeid

1.3.1 Lov om folkehelsearbeid

I januar 2012 trådte Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) i kraft. Loven er en del av oppfølginga av Samhandlingsreformen, og formålet er at den skal «bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.».

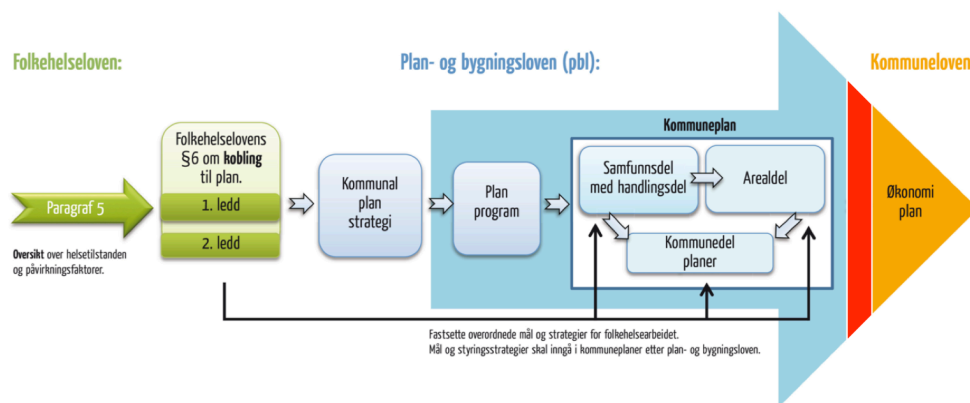
Gjennom folkehelseloven har kommunene et lovpålagt ansvar for å ha oversikt over helsetilstanden i kommunen, oversikt over helseutfordringer, samt iverksetting av nødvendige tiltak for å møte utfordringene. Denne oversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi.

Folkehelseloven påvirker det kommunale planarbeidet gjennom hele prosessen, og overordnede folkehelsemål vil bli synlig i alle delene av en kommuneplan.

Folkehelsemeldingen har ingen føringer når det gjelder hvordan disse målene skal realiseres annet enn at det er viktig at dette følges opp:

”Det er viktig at visjoner og mål i kommuneplanens samfunnsdel følges opp gjennom kommuneplanens arealdel, delplaner, i økonomiplanen, budsjett og konkrete aktiviteter.”

Den kommunale planprosessen, og Folkehelselovens påvirkning på denne, er skissert i figuren nedenfor.



Figur 2 Folkehelselovens påvirkning på den kommunale planprosessen

Kilde: Kommunetorget.no

Det arbeidet fylkeskommunen skal gjøre i sitt prosjekt (se innledning) er å studere hvordan de ulike kommunene håndterer overgangen til den oransje pila på høyre side av figuren over. Dvs. de skal ikke vurdere hvordan kommunene arbeider med å få overordnede folkehelsemål med i kommuneplanen, men hvordan de arbeider med å få dette omsatt i praksis (det røde feltet i figuren).

1.3.2 Folkehelsearbeidet er sektorovergripende

Folkehelsearbeid er definert bredt i tillegg til at det er sektorovergripende og må integreres i mange ulike tjenester. Det handler om alt som påvirker folks helse, inkludert forebygging, tilrettelegging og motivasjon. Forståelsen av hva folkehelsearbeid innebærer og hvilket ansvar de ulike aktørene innen ulike sektorer har, kan derfor være svært varierende. En utfordring ved folkehelsearbeid er at det i stor grad forbindes med tiltak direkte knyttet til helse, og de folkehelseansvarlige i en kommune kommer ofte fra helsesektoren. Dette er med på å styrke en oppfatning

om at folkehelsearbeid hører til helsesektor og kan bidra til at de øvrige aktørene ikke klarer å se hvilken rolle de skal ha i folkehelsearbeidet.

Slik situasjonen er vil det være mange krevende prosesser både i arbeidet med å utarbeide kommunale planer hvor folkehelsemålene er ivaretatt og med å få disse målene realisert ved at de gjenspeiles som sektorvise delmål i kommunens økonomi- og virksomhetsplaner.

2 Gjennomføring

Denne kunnskapsoppsummeringen retter seg inn mot en kritisk fase i folkehelsearbeidet, nemlig der de vedtatte overordnede planene skal videreføres til sektorvise forpliktende økonomi- og virksomhetsplaner i kommunen. Dette er en fase som handler mer om hvordan sektorovergrepene skal realiseres, og mindre om folkehelse som sådan.

2.1 Metode

Både Verdens helseorganisasjon og i EU bruker begrepet "*Health in all Policies*" som betegnelse på den overordnede strategien for folkehelsearbeid. En slik strategi innebærer at det kreves oppmerksomhet på folkehelseutfordringer i alle offentlige sektorer, ikke bare de sektorene som tradisjonelt har håndtert helseutfordringer. *Health in all Policies* er nærmere beskrevet i kapittel 4.

I vårt søk etter kilder som beskriver operasjonalisering av folkehelsearbeidet har vi tatt utgangspunkt i *Health in all Policies*. Søket har vært rettet mot kjente miljøer og publikasjoner både gjennom søk på internett og via kontaktpersoner i vårt fagnettverk.

De nordiske landene har fått en ledende posisjon når det gjelder implementering av folkehelse (se kapittel 4.1). Dette henger sammen med den nordiske velferdsmodellen hvor offentlig lovverk bidrar til å redusere sosiale ulikheter og gi innbyggerne utviklingsmuligheter. Vi har derfor valgt å ikke gjennomføre et bredt globalt søk, men heller konsentrere oppmerksomheten om Norden. Siden denne kunnskapsoppsummeringen skal være et hjelpemiddel for norske kommuner har vi derfor valgt å innsnevre til norske forhold når det gjelder hvordan planprosessene gjennomføres og hvordan folkehelse opptrer i disse prosessene. Dokumentasjon på dette har vi søkt via offentlige nettsteder som *regjeringen.no*, *helsedirektoratet.no* og *kommunetorget.no*.

3 Grunnlag

3.1 Folkehelsearbeidet går på tvers av kommunale sektorer

Individets og befolkningens helse og livskvalitet bestemmes av et komplekst nettverk av faktorer som påvirker hverandre (*WHO 2011*). Fordi helse er såpass kompleks, betyr dette at tiltak for å fremme og beskytte folks helse ikke kan begrenses til helsesektoren alene. Utforming og implementering av lokale planer som skal forbedre helsetilstanden krever aktiv involvering fra andre sektorer i alle ledd i prosessen. Dette kan for eksempel være kultursektor, oppvekst og utdanning, eller teknisk sektor. Det er typen av tiltak som avgjør hvilke sektorer som er sentrale i realiseringen.

I de fleste land ser vi en økning i utfordringer knytta til helse, og behovet for involvering fra de ulike sektorene er stadig økende. Dette skaper et behov for relevante verktøy og praksiser for hvordan disse sektorene kan samarbeide med hverandre om problemstillinger rundt helse.

3.2 Arbeid i internasjonale fora

De overordnede målene for folkehelsearbeidet i Norge bygger blant annet på arbeid som er gjort gjennom flere folkehelsekonferanser. Siden 1986 har det blitt gjennomført 8 internasjonale folkehelsekonferanser i alle deler av verden¹. Parallelt med disse har det blitt arrangert en serie Folkehelsekonferanser i de nordiske landene². Disse bygger på arbeidet som er gjort i den nevnte internasjonale overbygningen. I tillegg har de 53 medlemslandene i Europaregionen utarbeidet Helse 2020, et rammeverk og en strategi for bedre og mer rettferdig fordelt helse og trivsel. Denne har også ligget til grunn for arbeidet som ble gjort under den siste nordiske folkehelsekonferansen som ble arrangert i Trondheim i 2014. Noen av disse internasjonale og nordiske konferansene har satt større spor enn andre ettersom de har resultert i omforente strategier og mål gjennom «erklæringer», «chartere» eller «statements». Vi vil under nevne noen av de som har blitt mest betydningsfulle for folkehelsearbeidet internasjonalt, i Norden og i Norge.

¹ Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997), Mexico (2000), Bangkok (2005), Nairobi (2009), Helsinki (2013).

² Esbo (1987), Bergen (1989), Aalborg (1992), Gøteborg (1995), Helsingfors (1997), Kristiansand (1999), Odense (2002), Reykjavik (2005), Östersund (2008), Åbo (2011), Trondheim (2014).

3.2.1 Alma-Ata erklæringen

Å tenke på (folke)helse som noe sektorovergripende er ikke noe nytt. Allerede med Alma-Ata-erklæringa i 1978 ble betydninga av tverrsektorielt arbeid i forbindelse med folkehelse anerkjent. I erklæringen understrekes det at god helse bare kan ivaretas gjennom et omfattende sektorovergripende samarbeid. Erklæringen er hovedsakelig rettet mot nasjonale forhold, men prinsippene gjelder også for regional og lokale forhold. (*Alma-Ata 1978*)

3.2.2 Ottawa-charteret

I 1986 ble "*First International Conference on Health Promotion*" arrangert i Ottawa, Canada. Her ble arbeidet fra Alma-Ata erklæringen fulgt opp, og «healthy public policies» ble diskutert som et nøkkelområde for helsefremmende arbeid (*Baum, Ollila, Peña: 2013*). Konferansen resulterte i *Ottawa-charteret* hvor det presiseres at helsefremmende arbeid har klar sammenheng med politikk, med alle samfunnsnivåer, og med lokalmiljøet rundt oss. «*Ottawacharteret om helsefremmende arbeid*» har vært retningsgivende for mange lands innsats på dette området. (*Ottawa 1986*)

Ottawa-charteret inneholder 5 sentrale strategier

1. **Å bygge opp en sunn helsepolitikk** – å "plassere 'helse' på sakslisten til de bestemmende organer på alle områder og nivåer".
2. **Å skape et støttende miljø** – "helsefremmende arbeid skaper leve- og arbeidsforhold som er trygge, stimulerende, tilfredsstillende og trivelige".
3. **Å styrke lokalmiljøets muligheter for handling** – "helsefremmende arbeid skal styrke lokalsamfunnet når det gjelder å prioritere, avgjøre, planlegge tiltak og gjennomføre dem for å kunne oppnå en bedre helse".
4. **Å utvikle personlige ferdigheter** – "helsefremmende arbeid skal støtte personlig og sosial utvikling ved å sørge for informasjon, helseopplysning og kunnskap om mestringsteknikker".
5. **Å tilpasse helsetjenesten** – "helsesektorens rolle må i økende grad bevege seg i en helsefremmende retning, utover ansvaret for å yte kliniske og kurative tjenester".

Når det gjelder arbeidet med å realisere vedtatte planer berører punkt 3 i lista over dette området : "[...] planlegge tiltak og gjennomføre dem[...]" .

3.2.3 Health in all policies

Mens Finland hadde presidentskapet i EU ble det tatt et initiativ i Finland som resulterte i rapporten "*Health in all policies – Prospects and potentials*" (Ståhl, Wismar, Ollila, Lahtinen & Leppo 2006). Rapporten belyser hvordan og hvorfor helsedimensjonen kan og bør bli tatt hensyn til på tvers av alle offentlige sektorer. Arbeidet er senere videreført i Finland og er knyttet opp mot tilsvarende arbeid i EU og WHO.

3.2.4 Adelaide-erklæringen

I Adelaide-erklæringa fra 2010 ble begrepet «Health in all Policies» (HiAP) videreført. Formålet med erklæringen er å engasjere politiske og administrative ledere på alle nivåer, lokalt, regionalt, nasjonalt og internasjonalt. Erklæringen skisserer behovet for fornyede partnerskap mellom alle sektorer for å bidra til en mer menneskevennlig utvikling, bærekraft, sosial rettferdighet og økt helse. (Adelaide 2010)

3.2.5 Helse 2020

I 2012 vedtok de 52 medlemslandene i Europaregionen Helse 2020. Generaldirektør i WHO sa «God helse kan ikke lenger bli sett på som resultat av en sektor alene. Varig og rettferdig bedring av helse er et resultat av effektiv politikk på tvers av sektorer i stater og samhandling mellom alle deler i et samfunn.» Helse 2020 er et rammeverk og en strategi for å oppnå bedre og mer rettferdig fordelt helse og trivsel innen 2020. Dette kan oppnås ved å jobbe på tvers (sektorovergripende) for å oppnå to mål: 1) bedre helse for alle og reduksjon av helseforskjeller, og 2) forbedre ledelse og få til deltakende styring av helse. Rent metodisk blir det påpekt at det nå er på tide å «gå fra ord til handling». Det mest nyskapende i Helse 2020 er fokuset på det nasjonale sektorovergripende arbeidet og forpliktelsene mellom ulike styringsnivå som må til for å oppnå bedre helse i medlemslandene. (Health 2020 - 2012)

3.2.6 Trondheimserklæringen

Ved den nordiske folkehelsekonferansen i Trondheim i 2014 ble det utarbeidet en felles erklæring, kalt *Trondheimserklæringen*. I denne erklæringen er *Styring i samspill og reell gjennomføringsevne* et av fire områder som er trukket fram som forutsetning for rettferdig fordeling av helse og trivsel. Under dette punktet i erklæringen står det:

- *Styring handler om forpliktelse og lederskap som gir resultater.*
- *Strategier, planer og mål er aldri bedre enn gjennomføringen tilsier. Politikk for rettferdig fordeling av helse og trivsel uten ressurser, strukturer og ekte politisk forpliktelse vil ha liten effekt.*
- *For å kunne holdes ansvarlig kreves målbare mål for å fremme helse og trivsel med hensikt å redusere de sosiale ulikhetene.*
- *Samfunnsutvikling for helse og trivsel krever sektorovergripende samarbeid på like premisser med gjensidig respekt for ulike sektors mål. Vi må søke gjensidig nytte og samordningsgevinster gjennom partnerskap og allianser, men også identifisere potensielle interessekonflikter og forhandle løsninger ut fra dette.*
- *Vi trenger åpenhet og medvirkning for bedre resultater og å utløse menneskers og sivilsamfunnets egne ressurser.*
- *Konsekvensvurderinger må omfatte rettferdig fordeling av helse og trivsel*

(Trondheimserklæringen 2014)

4 Health in all policies

Health in all policies har festet seg som begrep, og på WHO's 8th Global Conference on Health Promotion, som ble avholdt i Helsinki i 2013, var det dette som var temaet. *Health in all policies* bygger på blant annet på «healthy public policies», og målet er samarbeid på tvers av sektorer for å oppnå felles mål. HiAP bygger på at helse henger sammen med en rekke faktorer som er utenfor helsesektorens «kontroll», som for eksempel utdanning, inntekt, bo-/arbeidsmiljø etc. Tanken er at helse skal tas hensyn til i utforminga av plan- og lovverk i sektorer som har en innvirkning på innbyggernes helse, blant annet samferdsel, landbruk og bolig. Kort fortalt er HiAP en tilnærming til plan- og lovarbeid hvor beslutningstakere i ulike sektorer regelmessig vurderer hvilken innvirkning deres arbeid vil ha på befolkningas helse.

Selv om det finnes mye litteratur på tverrsektorielt samarbeid (fra Alma-Ata-erklæringa til Helsinki-konferansen), er det fremdeles utfordrende å finne gode og vellykkede initiativ på dette området (WHO 2011). I et forsøk på å imøtekomme denne utfordringa har WHO utarbeida et dokument som inneholder ti steg som politikere og beslutningstakere kan benytte for å få til mer systematisk samarbeid på tvers av sektorer i arbeidet med å forbedre befolkningas helse. Disse stegene er relevante både når det kommer til en saksorientert tilnærming til implementering av sektorovergripende helsetiltak og til en mer generell strategi for å integrere helse i

alt. Disse stegene er primært beregna på nasjonalt nivå, men kan også brukes på kommunalt eller fylkesnivå. I det samme dokumentet har WHO også oppsummert viktige erfaringer som er gjort i forbindelse med tverrsektorielle tiltak på helse, som blant annet går på å bruke allerede identifiserte og prioriterte utfordringer knytta til folkehelse, felles informasjonssystem med sektorspesifikke data, og samfunnsdeltakelse og involvering i utforminga av plan- og lovverk.³

I boka «*Health in All Policies, Seizing opportunities, implementing policies*» (Leppo, Ollila, Peña, Wismar & Cook 2013) pekes det på hvordan helseperspektivet kan innlemmes i offentlig politikk og planverk i praksis. Hovedfokuset er på politikktutforming på nasjonalt nivå og problemer knytta til helsefremmende arbeid og sosiale faktorer knytta til helse. Både fra forskningshold og politisk hold undres det over at evidensbaserte løsninger på problemene ofte ikke blir gjennomført i praksis. En av hovedårsakene til dette er at politikktutforming involverer en rekke aktører med egne mål, noe som bidrar til at prosessene ofte blir uberegnelig heller enn oversiktlige og rasjonelle.

4.1 De nordiske landene og Norge

Det er ikke tilfeldig at arbeidet med *Health in all policies* har godt forfeste i Finland. De nordiske landene, i dette tilfellet Finland, Norge og Sverige, framstår som ledende i arbeidet med utvikling og implementering av helse i offentlig planverk (*Raphael 2014*). Selv om Australia, Canada og Storbritannia har gitt begrepsmessige bidrag til helsefremming som felt, er det i de nordiske landene vi finner de mest anvendbare tiltakene knytta til helsefremmende arbeid. Den nordiske sosialdemokratiske tradisjonen får mye av æren for dette, hvor offentlig lovverk bidrar til å redusere sosiale ulikheter og gi innbyggerne mulighet til å nå sitt fulle potensial.

På grunn av dette tror vi at det i kunnskapsoppsummeringen er hensiktsmessig å konsentrere seg om disse tre landene når en leter etter kunnskap om hvordan folkehelsearbeid gjenspeiles i lokale planer og hvilke modeller og prosesser som benyttes i arbeidet. Vi vil også argumentere for en videre innsnevring, hvor Norge blir hovedfokuset i en slik kunnskapsoversikt. Selv om Finland, Sverige og Norge er forholdsvis like når det kommer til lovgivning og fokus på folkehelsearbeid, gjør organisering og fordeling mellom kommune, fylke og stat i de tre landene at det blir mest egnet å innhente kunnskap og erfaringer fra norske kommuner.

³ se WHO 2011 for mer.

4.2 Forskning i de nordiske landene og Norge

Elisabeth Fosse, som er tilknyttet HEMIL-senteret i Bergen, har skrevet mye om Folkehelse i Norge, først og fremst om hva som kan redusere sosiale ulikheter i helse. Hun er opptatt av velferdspolitikken rettet mot familier, og har gjennomført komparative studier innen europeiske land. Men hun har også vært inne på tverrsektorielt folkehelsearbeid og lokal implementering av nasjonal folkehelsepolitikk, og har bla funnet at programmer som er rettet mot integrering av folkehelse innen lokal offentlig administrasjon er mer vellykkede enn prosjekter som har til hensikt å gjøre kommuner mer autonome (Fosse 2012). Endring av institusjoner og profesjoner er tunge prosesser, og derfor blir endringene som skjer på bakgrunn av statlig initierte programmer/reformer ofte mindre enn forventet (Fosse 2013). Hovedansvaret for iverksetting av ulike folkehelsemål er plassert på regionalt og lokalt nivå, uten noen klare retningslinjer eller økonomiske insentiver for hvordan arbeidet skal gjennomføres (Jansson m.fl. 2011). Også dansk og svensk forskning viser at det er vanskelig å få etablert tverrsektorielt arbeid. Autonome organisasjoner kan levere spesialiserte velferdstjenester, men ettersom disse organisasjonene er frittstående bidrar de til fragmentering av velferdssystemet som helhet (Axelsson & Axelsson 2013). Dette er et hinder for helhetlige folkehelse tiltak.

Det er mye forskning i Skandinavia rundt tverrsektorielt folkehelsearbeid der fokuset er horisontalt samarbeid mellom sektorer, organisasjoner og fagdisipliner (Axelsson og Axelsson 2006). Selv om denne forskningen ser på hva som skal til av samhandling mellom ulike aktører for å få implementert ulike helse- og velferdstiltak, er det gjort mindre på det som direkte omhandler operasjonalisering fra virksomhetsplaner til kommunal praksis.

Et unntak er en studie som er gjort i Sverige som har sett på hvordan to kommuner implementerer folkehelsepolitikk (Jansson et.al. 2011). Resultatene viser at det kontekstuelle ved kommunene, den lokale folkehelsepolitikken og kommunens forhold til statlige myndigheter, virker inn på hvordan folkehelseplanene omsettes i lokale praksiser. Jansson et.al (2011) fant at hvis kommunene skal være motiverte til å implementere ambisiøse overordnede nasjonale folkehelsemål på et lokalt nivå, må de selv oppleve at det er behov for de aktuelle helse- og velferdstiltakene og også at det er mulig å implementere dem. Oversettelse av politiske retningslinjer til lokale praksiser blir studert både «top-down», i form av om politiske mål blir oppnådd, og «bottom-up», som ser mer på aktører og prosesser enn politiske mål. Studien fra Sverige viser viktigheten av en «bottom-up»-tilnærming.

NIBR (Norsk institutt for by- og regionforskning) har også gjennomført flere forskningsprosjekter på hvordan kommuner iverksetter folkehelseiltak. Spesielt aktuelt i denne sammenhengen er prosjektet Folkehelse og forebygging som de i 2014 gjennomførte på oppdrag fra KS (Kommunesektorenes organisasjon). NIBR har sett på hvordan kommunene lager strategier for å nå ulike målgrupper, både i planer som omfatter folkehelse og for konkrete tiltak. Planene omfatter universelle tiltak som er rettet mot hele eller deler av befolkningen eller selektive tiltak som er rettet mot enkeltpersoner eller sårbare grupper (Helgesen m.fl. 2014). NIBR viser at de viktigste motiverende faktorene for kommunene for å drive folkehelsearbeid er de lovpålagte endringene, slik som Folkehelseloven, men også kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer er motiverende i seg selv. Rapporten slår fast at det er stor forskjell i kommuners og fylkers folkehelsearbeid. Disse variasjonene er såpass store at det er vanskelig å få god overordnet kunnskap om det folkehelsearbeidet som foregår i norske kommuner (Helgesen m.fl. 2014).

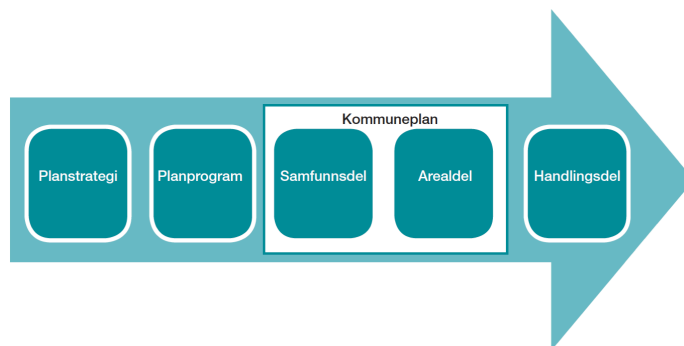
5 Norske kilder

I Norge finnes mye dokumentasjon og veiledere på hvordan en arbeider med folkehelse i den kommunale planprosessen gjennom planstrategi, kommuneplanens samfunnsdel og arealdel. De kommunale planprosessene varierer innenfor de lovbestemte rammene, og kommunene gjør dette noe forskjellig. Iverksetting av planene skal beskrives i en *handlingsdel*. Det er vanskelig å finne dokumentasjon og kunnskap om hvordan en i praksis arbeider med handlingsdelen for å sikre at planene prioriteres i økonomi- og virksomhetsplaner.

5.1 Hdir: Moment- og tipsliste

Helsedirektoratet utarbeidet i 2011 en moment- og tipsliste primært beregnet for fylkesmannsembetenes behandling av kommunale planer (*Helsedirektoratet 2011*). Den skal sikre at temaet folkehelse blir ivaretatt i kommunal planstrategi og i den videre planprosessen. Det er ikke en fullverdig veileder i planarbeid, men skal inspirere til kommunale folkehelsedrøftinger i planarbeidet. I tillegg til å være et verktøy for fylkesmannen er det et nyttig verktøy for kommunenes planarbeid med folkehelse. Det presiseres at planene som legges i kommuneplanen må kunne sees igjen i handlingsdelen og økonomiplanen. *”Uten handlinger og økonomiske rammer blir ikke planene mer enn gode intensjoner”*. (Ibid.)

Det refereres til at Miljøverndepartementet skal ferdigstille en veileder i kommunal planprosess i løpet av 2011 (se kapittel 5.2).



Figur 3: Handlingsdelen er der hvor planer blir klare for realisering

5.2 Veileder i kommunal planstrategi

Den veilederen som refereres over er veileder i kommunal planstrategi (*Miljøverndepartementet 2011*). Denne veilederen omhandler både kommunal planstrategi og kommuneplanens samfunnsdel (Det finnes egen veileder for kommunenes arealdel). Veilederen i kommunal planstrategi sier lite eller ingen ting om handlingsdelen og økonomiplanen ut over at det "er gjennom den årlige rulleringen av handlingsdelen/økonomiplanen at planarbeidet blir prioritert og tildelt ressurser".

5.3 Folkehelsemeldingen (Meld.ST.34 2012-2013)

Folkehelsemeldingen har heller ingen inngående beskrivelse eller veiledning i hvordan en skal sikre at overordnede folkehelsemål gjenspeiles i økonomi- og virksomhetsplaner. Det sies bare at "Det er viktig at visjoner og mål i kommuneplanens samfunnsdel følges opp gjennom kommuneplanens arealdel, delplaner, i økonomiplanen, budsjett og konkrete aktiviteter."

5.4 Kommuneplanens handlingsdel

Kommuneplanens handlingsdel, som er omtalt i *Veileder, Kommuneplanprosessen*, (*Miljøverndepartementet 2012*) inngår i kommuneplanens samfunnsdel. Denne handlingsdelen kan omfatte økonomiplanen. Dette er beskrevet i plan- og bygningsloven §11-1.

Kommuneplanen skal ha en handlingsdel som angir hvordan planen skal følges opp de fire påfølgende år eller mer, og revideres årlig. Økonomiplanen etter kommuneloven § 44 kan inngå i handlingsdelen.

Veilederens kapittel 7, "Handlingsdelen – Samfunnsdelens økonomirelevans" omhandler *Handlingsdelen* og hvordan den inngår i planprosessen, både idet årlige og det fireårige planleggingsløpet. Det presiseres at denne handlingsdelen er et viktig styringsinstrument for kommunen hvor det er konkretisert hva som skal gjennomføres den neste perioden. Det er også presisert at de temaene som inngår i handlingsdelen ikke trenger å følge kommunens sektorinndeling. Dette gjelder tverrsektorielle områder som for eksempel folkehelse.

Handlingsdelen er altså en konkretisering av de overordnede målene som er gitt i samfunnsdelen med beskrivelse av de resultatmålene som skal nås i neste planperiode.

5.5 Erfaringer ute i kommunene

5.5.1 Kommunetorget.no

Nettstedet *kommunetorget.no* har en oversikt over kommuner som har formidlet egne erfaringer i arbeidet med overordnet planlegging og folkehelsearbeid. Det er mange interessante erfaringer som presenteres, men også her mangler det beskrivelser av erfaringer knyttet til det siste steget med å få realisert målene gjennom forpliktende planer for de enkelte virksomhetsområdene i kommunen.

5.5.2 Innherred samkommune

Innherred samkommune har arbeidet systematisk i flere år og har gjort mange erfaringer som ble presentert på Trondheimskonferansen i 2014, (*Heimburg 2014*). De har arbeidet tverrsektorielt i planarbeidet med parallell utvikling av delplaner der sentrale helseutfordringer innarbeides i alle delplaner i et samarbeid på tvers.

5.6 Regional folkehelseplan for Sør-Trøndelag

Sør-Trøndelag fylkeskommune ferdigstilte i 2014 en regional folkehelseplan for fylket (STFK 2014). Arbeidet med planen har vært gjennomført gjennom en prosess med bred deltakelse fra kommunene, ulike offentlige aktører samt frivillige lag og organisasjoner. Planen er utarbeidet som en håndbok i folkehelsearbeid og skal være et verktøy og et hjelpemiddel for kommunene i folkehelsearbeidet. Planen konkretiserer 4 utfordringsområder i folkehelsearbeidet:

1. Kompetanse & kunnskap
2. Medvirkning og inkludering
3. Organisering og system
4. Ressurser

For hver av disse er det foreslått to sentrale strategier.

Den regionale folkehelseplanen er ikke tydelig i skillet mellom *Overordnet planlegging*, *Operasjonalisering* og *Gjennomføring i praksis* (se Figur 1), men punkt 2 og 3 i lista over omhandler utfordringer knyttet til operasjonalisering. De foreslåtte strategiene for disse to punktene er:

2. Medvirkning og inkludering
 - a. *Samarbeide med målgruppene om utforming av tiltak*
 - b. *Samordne innstas gjennom nettverk, allianser og partnerskap*
3. Organisering og system
 - a. *Sikre god forankring i ledelse for hovedprioriteringene*
 - b. *Iverksette tiltak på en planmessig og systematisk måte*

De nevnte strategiene utgjør viktige deler av arbeidet med operasjonalisering, men vurderes ikke å være tilstrekkelig for å gjøre det nødvendige grunnlagsarbeidet for *Gjennomføring i praksis*. Strategiene er rundt formulert for å dekke det mangfoldige kommunenorge og må bearbeides for å kunne la seg operasjonalisere.

5.7 Norske kilder - Oppsummert

De ulike offentlige dokumentene vi har funnet fram til omhandler prosesser, føringer og krav til arbeidet fram mot plandokumenter med konkretiserte folkehelsemål. Det siste og vanskelige steget fra planer til realisering omtales kun i generelle vendinger som at det er viktig at planene følges opp. Det samme gjelder kommunenes beskrivelser av egne erfaringer. Den regionale folkehelseplanen til Sør-Trøndelag (se kapittel 5.6) berører viktige punkter, men den er ikke tydelig i at dette inngår i en nødvendig fase før gjennomføring av planer.

6 Om realisering av sektorovergripende mål

6.1 Folkehelse og NPM

I norsk offentlig sektor er en styringsform inspirert av bl.a. *New Public Management* dominerende. Denne filosofien har en produksjonslogikk⁴ og fokuserer på målstyring

⁴ for eksempel snakker man i forsvaret om produksjon av forsvarstjenester

og tydelig ansvars plassering knyttet til avgrensede mål⁵. Sektorovergripende oppgaver som folkehelse kan fort bli vanskelig å håndtere innenfor en slik styringslogikk. Siden mål og ansvar er knyttet til den enkelte sektor vil dette ofte medføre en forsterking av grensene mellom ulike etater og deres ansvarsområder. Man blir bedre til effektivt å følge opp sine kjerneoppgaver, men får mindre interesse og mulighet til å ta tak i temaer som er sektorovergripende. (*Christensen og Lægreid, 2007; Almklov et al, 2012*).

Folkehelse utgjør ikke noe enkelt identifiserbart mål eller et tydelig avgrenset produkt. Det kan utarbeides indikatorer på status, men de er ikke nødvendigvis enkle å definere som resultat av spesifikke aktiviteter.

Effektivt folkehelsearbeid avhenger av flere offentlige, private og frivillige aktører. Disse har ulike mål og interesser, og de trenger slett ikke å ha folkehelse som målstyringsparameter. Når ansvar skal plasseres i en målstyringssammenheng vil ikke nødvendigvis de som har ansvar for helheten (god folkehelse) ha nødvendig kompetanse eller innflytelse til å kunne gjøre noe med disse nettverkene av aktører.⁶

6.2 Organisatoriske utfordringer

Tverrsektorielt samarbeid er en utfordring for de fleste organisasjoner. Når de oppgavene som skal løses krever samarbeid mellom ulike administrative enheter som vanligvis ikke samarbeider oppstår det ofte problemer. Desentralisering med konkrete ansvarsområder, målparametre og belønningsmekanismer motvirker viljen til samarbeid (*Hansen 2009*). Det blir stor oppmerksomhet på egen måloppnåelse og liten vilje til å hjelpe andre. I samarbeid på tvers mellom enheter er det fire sentrale utfordringer som må håndteres (Adler et al 2013):

- Felles overordnet mål
- Den enkeltes ønske om å bidra til felles beste
- Samordning av felles mål på tvers av enheter ("*Alignment*")
- Koordinering av kunnskap

I veileder for *Kommuneplanprosessen (Miljøverndepartementet 2012)* anbefales det at målene i kommuneplanens handlingsdel bl.a. er *konkrete, oppnåelige og*

⁵ dette omtales på engelsk ofte som *accountability*, i motsetning til *responsibility*, som indikerer et mer helhetlig forstått ansvar.

⁶ Det samme er diskutert i forbindelse med kommunal beredskapsplikt der kommunene har overordnet ansvar for risikokartlegging og beredskap, uten å ha den nødvendige kontrollen over nettverket av involverte aktører (*Almklov et al 2012*)

realistiske. For i størst mulig grad sikre realisme og oppnåelighet er det viktig at de som til slutt får ansvar for realisering og konkret handling er involvert i utvelgelse og formulering av mål. Folkehelsemålene medfører behov for samarbeid og samhandling mellom de involverte aktørene, og det er nødvendig med klar rolle- og ansvarsfordeling. Uten dette vil en fort komme i en situasjon hvor alle har et ansvar, men ingen har *ansvaret*.

Realisering av målene vil sannsynligvis kreve endringer i hvordan en gjør ting, dvs. at arbeidsprosesser endres. Det kan også være at en skal slutte med noe eller gjøre noe helt nytt. Ved slike endringer er det ikke uvanlig med skepsis og motstand. Dette er det gjort mye forskning på, og en enkel oppsummering av utfordringer knyttet til organisasjonsendring finnes i *Forutsetninger for å lykkes med organisasjonsendringer* (Schiefløe 2014).

6.3 Realisering krever felles innsats

I sitt foredrag ved Trondheimskonferansen 2014 berører Ilona Kickbusch de organisatoriske betingelse for å realisere tverrsektorielle mål. Hun bruker begrepet *“Collective Impact”* til erstatning for *“Health in all policies”* og sier at sentrale aktører fra ulike sektorer må forplikte seg til et felles agenda for å løse et spesifikt sosialt problem. Videre sier hun at det er nødvendig med:

- *A common agenda*
- *Shared measurement systems*
- *Mutually reinforcing activities*
- *Continuous communication*
- *Back bone support organisations*

(Kickbusch 2014)

De punktene Kickbusch nevner er sammenfallende med det som trekkes fram av andre som beskriver forutsetningene for samarbeid på tvers av organisatoriske enheter. Ved såkalt *“Cross-unit collaboration”* (Adler et al 2013) er det 4 sentrale utfordringer som må håndteres. Dette er:

- *A Shared Purpose*
- *An Ethic of Contribution*
- *Interdependent Process Management (Aligning Shared Purpose)*
- *Collaborative Infrastructure (“Participative Centralization”)*

(*ibid.*)

6.4 Politikernes rolle

Realiseringen av vedtatte planer er ikke uavhengig av hva som har foregått forut og hvordan planarbeidet er gjennomført. I tillegg til de organisatoriske utfordringene knyttet til tverrsektorielt samarbeid og endringer i organisasjon slik nevnt i kapittel 6.2 har samspillet med politikere en betydning for de politiske prosessene fram til vedtak. I rapporten *Kunnskapsbasert folkehelsearbeid (Lillefjell 2011)* pekes det på betydningen av kunnskap om de politiske prosessene fram til vedtak, og at det i dag oppleves mangel på slik kunnskap. I kronikken *Folkehelse som svarteper (Osmundsen 2014)* skriver forfatterne at for å kunne holde liv i kommunenes folkehelsesatsing kreves det avansert politisk arbeid, og at folkehelsekoordinatoren må være en lobbyist og en politisk ringrev.

6.5 Gjennomføring i praksis

Arbeidet med å gjennomføre de tverrsektorielle tiltakene faller utenfor den avgrensning som er gjort i denne kunnskapsoppsummeringen. Likevel kan det være verdt å nevne artikkelen *"Integration and collaboration in public health – a conceptual framework"* av Axelsson & Axelsson (Axelsson 2006). Denne artikkelen tar for seg de utfordringene som følger realiseringen av folkehelsemål med behov for samarbeid og integrasjon på tvers av organisasjoner – både mellom offentlige, private og frivillige aktører. Artikkelen beskriver hvordan dette intersektorielle samarbeidet kan organiseres gjennom flerfaglige team på tvers av organisasjoner og sektorer. Men slike team er sårbare og det er nødvendig med tett ledelse og oppfølging for at disse skal kunne fungere.

7 Oppsummering

Det aller meste som vi har gått igjennom i arbeidet med denne kunnskapsoppsummeringen går ikke inn i problemstillingene knyttet til realisering av folkehelsemålene, og i den grad dette berøres er det svært overordnet. Følgende klipp fra punktet *"Styring i samspill og reell gjennomføringsvilje"* i Trondheimserklæringen viser at sentrale utfordringer er av organisatorisk karakter :

- *"[...] forpliktelse og lederskap [...]"*
- *"[...]uten ressurser, strukturer og ekte politisk forpliktelse vil [det] ha liten effekt."*
- *"For å kunne holdes ansvarlig kreves målbare mål [...]"*

- *"[...]krever sektorovergripende samarbeid på like premisser med gjensidig respekt for ulike sektors samfunns mål."*
- *"Vi må søke gjensidig nytte og samordningsgevinster gjennom partnerskap og allianser, men også identifisere potensielle interessekonflikter og forhandle løsninger ut fra dette."*
- *"Vi trenger åpenhet og medvirkning [...]"*

(Trondheimserklæringen 2014)

Både de forholdene som er nevnt over og de punktene som Kickbusch nevner under overskriften *"Collective Impact"* (kapittel 6.3) faller sammen med generelle organisatoriske utfordringer knyttet til endringer i en organisasjon og til samarbeid på tvers av organisatoriske enheter.

I arbeidet med realisering av folkehelseplaner vil det derfor være naturlig å støtte seg på teorier, modeller og metoder fra organisasjonsteorien som berører situasjoner med organisasjonsendring og tverrsektorielt samarbeid.

8 Referanser

Adelaide erklæringen (2010). *International Meeting on Health in All Policies*
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260.pdf?ua=1

Adler P, Heckscher C, Prusak I. (2011). *Building a Collaborative Enterprise*. Harvard Business Review, July-August 2011.

Alma-Ata Erklæringen (1978) *International Conference on Primary Health Care*.
http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

Almklov, P., Antonsen, S., & Fenstad, J. (2012). *Organizational Challenges Regarding Risk Management in Critical Infrastructures Risk and Interdependencies in Critical Infrastructures* (pp. 211-225): Springer London.

Axelsson, R & Axelsson S. B. (2006). *Integration and collaboration in public health – a conceptual framework*. International Journal of Health Planning and Management. John Wiley & Sons, Ltd. 2006; 21:75-88.

Axelsson, R & Axelsson S. B. (2013). Samverkan som samhällsfenomen – några centrala frågeställningar. I: Axelsson, R. & Axelsson, S. B.: *Om samferkan – för utveckling av hälsa och välfärd*, Studentlitteratur, Lund.

Baum, F., E. Ollila, S. Peña (2013). History of HiAP. I K. Leppo, E. Ollila, S. Peña, M. Wismar & S. Cook (red.), *Health in all Policies. Seizing opportunities, implementing policies*. Ministry of Social Affairs and Health, Finland.

Christensen, T., & Lægreid, P. (2007). *The Whole-of-Government Approach to Public Sector Reform*. Public Administration Review, 67(6), 1059-1066. doi: 10.1111/j.1540-6210.2007.00797.x

Den nordiske folkehelsekonferansen 2014. *Trondheimserklæringen*.
<http://www.nordiskfolkehelsekonferanse.no/lib/tpl/nfh-6/assets/trondheim/nordisk-folkehelse-a4-norsk-lowres.pdf>

Folkehelsemeldingen. Meld.St.34 (2012-2013)
<https://www.regjeringen.no/contentassets/ce1343f7c56f4e74ab2f631885f9e22e/no/pdfs/stm201220130034000dddpdfs.pdf>

Fosse, E. (2013). National Objectives-Local Practice: Implementation of Health Promotion Policies, I: Wold, B. og Samdal, O. (Eds): *An Ecological Perspective on Health Promotion Systems, Settings and Social Processes*. 2012: 34-39

Fosse, E. (2013). Förvaltning och profession – hinder för intersektoriellt folkhälsöarbete? I: Axelsson, R. & Axselsson, S. B.: *Om samferkan – för utveckling av hälsa och välfärd*, Studentlitteratur, Lund.

Hansen M.T. (2009). *Collaboration. How leaders avoid the traps, create unity, and reap big results*. Harward Business Press. Boston

Health 2020 (2012).

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1

Helsedirektoratet (2011). *Moment- og tipsliste*.

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/folkehelse-og-kommuneplanlegging-moment-og-tipsliste/Publikasjoner/folkehelse-og-kommuneplanlegging-moment-og-tipsliste.pdf>

von Heimburg, D (2014). *En praksisfortelling fra Innherred samkommune om utjevning av sosiale helseforskjeller - fokus på strategiutvikling og planlegging*

http://www.nordiskfolkehelsekonferanse.no/lib/tpl/nfh-6/assets/presentasjoner/ws_b_dina_von_heimburg_270814.pdf

Helgesen, M K., Hofstad, H., Risan, L. C., Stang, I., Rønningen, G. E., Lorentzen, C., Goth, U. S. (2014): *Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner*. NIBR-rapport 2014:3.

Jansson, E., Fosse E. og Tillgren, P. (2011): *National public health policy in local context – Implementation in two Swedish municipalities*. Health Ploicy 103(2011) 219-227.

Kickbusch, I. (2014). *Challenges and possibilities for implementing health in all policies*.

<http://www.nordiskfolkehelsekonferanse.no/lib/tpl/nfh-6/assets/presentasjoner/8-plenum-1-kickbusch.pdf>

Lillefjell M, Knudtsen MS, Wist G. (2011). *Kunnskapsbasert folkehelsearbeid*. Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU.

<http://www.ntnu.no/documents/12446710/16798533/Kunnskapsbasert+folkehelsearbeid.pdf>

Leppo, I. K., E. Ollila, S. Peña, M. Wismar & S. Cook (red.) (2013). *Health in all Policies. Seizing opportunities, implementing policies*. Ministry of Social Affairs and Health, Finland.

Miljøverndepartementet (2011). *Kommunal planstrategi*. Veileder.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/83801c9c858d402ea2958e1930fc421a/t-1494.pdf>

Miljøverndepartementet (2012). *Kommuneplanprosessen*. Veileder.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/493007ab4f9349a295a34982f77173ec/t-1492.pdf>

Ottawa charteret (1986). *First International Conference on Health Promotion*
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Osmundsen O, Håland E (2014). *Folkehelse som svarteper*. Kronikk, Dagens Næringsliv 3. juni 2014.

Raphael, D. (2014). *Challenges to promoting health in the modern welfare state: The case of the Nordic nations*. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42: 7, s. 7-17.

Schiefloe P.M (2014). *Forutsetninger for å lykkes med organisasjonsendring*. Notat. Institutt for sosiologi og statsvitenskap, NTNU.

STFK (2014). Sør-Trøndelag Fylkeskommune. *Regional folkehelseplan for Sør-Trøndelag (2014-1018)*.

<http://www.stfk.no/upload/A/2014/Folkehelse/Folkehelseplan%20sept%202014.pdf>

Ståhl T., M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen & K.Leppo (red.) (2006). *Health in all policies – Prospects and potentials*. Ministry of Social Affairs and Health, Finland.

WHO (2011). *Intersectoral Action on Health. A path for policy-makers to implement effective and sustainable action on health*. World Health Organization, The WHO Center for Health Development.

NTNU Samfunnsforskning
Dragvoll Allé 38 B
7491 Trondheim
Norway